

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul JACQUELIN

Né le 10 Mars 1915 à Longwy (Meurthe-et-Moselle)

Considérations pratiques sur la conduite à tenir en présence d'une grossesse chez une Tuberculeuse

Président : TROISIER, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul JACQUELIN

Né le 10 Mars 1915 à Longwy (Meurthe-et-Moselle)

Considérations pratiques sur la conduite à tenir en présence d'une grossesse chez une Tuberculeuse

Président : TROISIER, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
DONZELOT ...	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE		
METZGER		Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

mort au champ d'honneur.

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE ADOPTIF LE DOCTEUR CLUZEAU

avec toute mon affection et ma reconnaissance pour la précieuse éducation qu'ils m'ont donné.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur TROISIER

Professeur de Clinique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Laënnec

*qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.*

A notre Maître le Docteur JEAN BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Amphithéâtre d'Anatomie
des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

*qui a toujours su nous donner, en
même temps qu'une excellente ins-
truction, les meilleurs principes de
droiture professionnelle.*

*Avec notre respectueuse amitié et
toute notre reconnaissance.*

A notre Maître le Docteur PIERRE PRUVOST

Médecin de l'Hôpital Laënnec
Médecin-Chef du Sanatorium de Villepinte

*en qui nous admirons la générosité
professionnelle et l'instruction qu'il
nous a donné pendant un stage trop
court interrompu par la présente
guerre.*

CONSIDERATIONS PRATIQUES SUR LA CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UNE GROSSESSE CHEZ UNE TUBERCULEUSE

La grossesse survenant chez une tuberculeuse ou inversement la tuberculose survenant au cours d'une grossesse, et dépistée au cours d'une grossesse, forment un des plus inquiétants problèmes que l'on rencontre en phthisiologie ou en obstétrique.

Ce problème a plusieurs éléments à envisager :

— L'influence de la grossesse sur la tuberculose.

— L'influence sur les différents processus tuberculeux.

— L'influence de la tuberculose sur la grossesse et le fœtus.

— Enfin un des principaux points, la thérapeutique que nous allons mettre en œuvre au cours de la grossesse et après la grossesse.

*
**

Dès le début nous traiterons rapidement de l'influence de la tuberculose sur la grossesse et le fœtus à cause de la faible fréquence avec laquelle on la voit se manifester; néanmoins aussi rares puissent être ces cas, leur gravité et les travaux récents méritent que l'on en dise quelques mots.

L'*Avortement spontané* au cours de la grossesse chez une tuberculeuse est *rare*. L'*Accouchement prématuré* se voit quelquefois. *Les Hémorragies* ne sont *pas plus fréquentes* que chez une femme normale.

La tuberculose ne *prédispose pas* à l'*infection puerpérale*, mais l'*association des deux est extrêmement grave*

Quant à la *transmission du B K* dans l'organisme fœtal, Kuss n'en avait recueilli que vingt observations pour sa thèse, en 1898; plus récemment Pehu et Challier en ont réuni cent quarante.

Enfin, jusqu'en 1920, cette question souvent controversée trouvait avec Landouzy la conclusion suivante :

« Hérité de terrain et non Hérité de graine. »

Les recherches modernes ont montré :

1° Parfois l'existence de B K à l'examen soigneux des coupes histologiques du placenta.

2° Que le sang du cordon pouvait contenir du B K.

3° Que ce sang inoculé au cobaye pouvait le tuberculiser.

4° Qu'il existait chez le fœtus une tuberculose congénitale ganglionnaire dont l'extrait des ganglions tuberculisait le cobaye.

Enfin on a émis l'hypothèse de la transformation du B K en virus invisible pendant son passage de la mère au fœtus.

La plupart de ces enfants naissant ainsi contaminés meurent dans les quelques jours ou les quelques heures qui suivent l'accouchement.

Il n'en est pas moins vrai qu'en dehors de ces cas de transmission directe, l'hérité de terrain reste manifeste puisque sur cent enfants éloignés dès la naissance de toute contamination, cinquante meurent avant un an. Mais nous reverrons tout à l'heure l'avenir du nouveau-né dans le chapitre de la thérapeutique.

Enfin, puisque nous avons pris le terme général de tuberculose, disons qu'une tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire sera souvent une cause de dystocie.

**

Abordons maintenant la partie de beaucoup la plus importante, à cause de sa fréquence et de sa gravité, l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

Cette notion, en effet, est bien la première idée qui prend corps en notre esprit quand nous prononçons les termes :

Tuberculose et grossesse.

« En pratique, dit Rist, toute tuberculeuse qui devient enceinte, ou toute gestante chez laquelle se déclanche la tuberculose est menacée de *mort à bref délai*. »

C'est cet aphorisme qui guidera le médecin pendant tout le temps qu'il sera en présence d'une grossesse et de ses suites. La gravité de la grossesse chez une tuberculeuse est due à deux faits :

1° *La décalcification intense* qui se produit en faveur du fœtus et qui se produirait si plus tard la mère allaitait son enfant;

2° *L'état d'anergie* semblable à celui des maladies infectieuses, que provoque la grossesse.

En effet, sous l'influence d'une grossesse, toute tuberculose est susceptible de s'étendre, de s'aggraver, de se réactiver.

Ayant pris le terme général de tuberculose, disons un mot des tuberculoses à localisation extra-pulmonaire.

— *Une tuberculose ostéocarticulaire*, rien de plus particulier que ce que nous venons de dire, thérapeutique par les méthodes habituelles.

— *Une tuberculose rénale*. Dès que le diagnostic est établi, néphrectomie sans délai.

— *Une méningite* peut venir tuer une femme enceinte qui était déjà tuberculeuse et que l'on suivait attentivement, ou une femme chez qui l'on ne suspectait aucune bacillose.

— *Les péritonites bacillaires* se voient parfois et le diagnostic peut être difficile avec un hydramnios. Disons qu'elles peuvent survenir chez les bacillaires au cours de leurs grossesses.

Plaçons-nous maintenant dans le cadre plus étroit des TUBERCULOSES PULMONAIRES; là, il nous reste un vaste champ à explorer.

Pendant longtemps l'influence de la grossesse a été discutée :

- indifférente pour les uns,
- favorable pour certains,
- néfaste pour la grande majorité,

et depuis les environs de 1920, c'est cette dernière opinion qui est définitivement admise par tout le monde, mais cependant avec des modalités qui ont fait longtemps discuter et ont permis, dans les recherches modernes, d'établir de très intéressants travaux sur cette question.

Au Congrès de Genève, en 1923, la thèse de Bar-Pinard, Sergent, Léon Bernard, Rist, Besançon, soutenant que la grossesse était d'une extrême gravité chez la tuberculeuse, fut attaquée par Dumarest, Brettier, Fossner.

Mais en réalité ces divergences étaient liées à différents motifs.

En effet, il est certain que des médecins de sanatorium peuvent avoir beaucoup plus d'espoir que ceux des milieux hospitaliers, où les gens ont moins le moyen de se soigner et où les femmes enceintes même malades sont contraintes de travailler.

D'autre part, il est difficile d'établir des statistiques, et des statistiques ne sont pas comparables au cas d'espèces.

Récemment, Brauening, de Stettin, a fourni les chiffres suivants sur 360 observations :

- 234 grossesses;
- 7 accouchements prématurés;
- 41 avortements spontanés;
- 61 avortements thérapeutiques.

Sur 215 malades suivies : 40 à 50 aggravations incontestables.

Les cas de tuberculose chez les femmes enceintes ont été étudiés en France sur la plus grande étendue possible, à la clinique Tarnier, par Raoul et Simone Kou-

rilsky, et à la clinique Baudeloque, par Lacomme et Fouasnier.

On distingue :

- les formes évolutives;
- l'état d'activité des lésions;
- l'ancienneté des lésions;
- les conditions sociales de la malade.

Nous rapporterons ici le résultat du très beau travail effectué par M. et M^{me} Kourilsky à la clinique Tarnier où, en dehors des femmes qui venaient consulter habituellement, les phthisiologues des hôpitaux envoyaient leurs tuberculeuses enceintes.

Sur 750 femmes examinées :

230 tuberculeuses,

163 étudiées à fond seulement.

Le fait important est l'élément évolutif en rapport avec le processus inflammatoire et suivi de nécrose caséifiante.

Les auteurs ont divisé les affections tuberculeuses en quatre degrés :

- Les formes aiguës;
- Les formes subaiguës;
- Les formes fibro-ulcéreuses;
- Les formes fibro-caséifiantes discrètes.

1° *Les formes aiguës* survenant au cours de la grossesse.

Sur 12 femmes, toutes sont mortes; 4 avortements thérapeutiques ne reculèrent la mort que de 6 à 8 mois après l'intervention. Le traitement médical n'a pas agi.

2° *Les formes subaiguës*. — Type anatomique : Congloméré ulcéreux ou infiltrant. Aspect de virus nodulaire diffus. Ces formes sont variables, souvent elles sont stabilisées.

Sur 63, 6 sont survenues avec la grossesse. Elles furent traitées, certaines par pneumothorax, d'autres par avortement.

Ces formes sont dangereuses dans les premiers mois et surtout dans le post-partum. Elles ont une tendance évolutive plus marquée et plus rapprochée du début.

Dans cette catégorie chaque cas peut être particulier, les soins prodigués à la malade sont très importants, et c'est dans ce cas que l'on voit des statistiques plus favorables en sanatorium.

3° *Les formes fibro-ulcéreuses.*

Sur 44 femmes :

— Chez les une les lésions sont figées depuis longtemps, la grossesse influence peu.

— D'autres ont de petites cavernes isolées torpides; l'aggravation est rare.

— D'autres de grosses cavernes avec poussées péricavitaires. Complications fatales dans les suites de couches.

— Grosse sclérose pleuro-pulmonaire diffuse, très graves, soit unilatérales avec compression insuffisante, soit pneumo-irréalisable. Mort dans le post-partum.

4° *Formes fibro-calcifiantes discrètes.*

Sur 37 observations, toutes ont eu une évolution favorable bien qu'il y ait eu de petites poussées (pleurésie sérofibrineuse, réveil bacillifère), contrôlé par les examens systématiques.

Il ressort des documents recueillis à la clinique Tarnier :

« *Que la grossesse n'aggrave incontestablement la tuberculose qu'en fonction de l'intensité et de la proximité du processus évolutif des lésions.* »

D'autre part, que les périodes dangereuses pour la tuberculeuse sont les premiers mois et le post-partum.

Voici quelques faits attenant au sujet de la grossesse chez la tuberculose.

Dans le service du Professeur Troisier, une femme enceinte de 8 mois 1/2 est entrée dans le service por-

teuse d'une grosse lésion excavée du sommet gauche :

Elle accoucha au mois de février 1938 d'une fille qui a maintenant 19 mois et qui se porte bien. Jusque-là la malade allait très bien; d'ailleurs un examen radiologique fut normal. Cependant elle continuait à être fatiguée, elle nourrit sa fille un mois et demi et dut interrompre; elle se trouva enceinte une deuxième fois. Sa fatigue s'intensifia et elle décida, il y a deux mois, de consulter au dispensaire Léon Bourgeois où on la fit admettre dans le service. On ne put réaliser immédiatement un pneumothorax à cause de la proximité de son accouchement. A l'heure actuelle, elle est accouchée, depuis les environs du 15 août. Enfant normal. La malade est rentrée dans le service le 2 septembre; sa fatigue est moins intense; l'amaigrissement s'est accusé davantage. Les lésions se sont étendues mais restent unilatérales. Son état général semble satisfaisant et on pourrait présumer que la création d'un pneumothorax améliorerait la malade.

Mais, fait important, la malade au cours de sa deuxième grossesse a subi des privations, son mari étant mobilisé depuis longtemps et elle ne pouvant travailler pour garder son tout jeune enfant.

Cette observation toute banale en elle-même montre bien la différence qui sépare certains auteurs, et qu'en dehors de la classe anatomique à laquelle se rattache la lésion, une statistique favorable pourrait accepter ce cas dans certains milieux, mais ici elle reste encore dans le domaine du doute.

Dans le service de M. Pruvost, certaines malades porteuses de pneumothorax depuis de longues années sont enceintes, accouchent normalement, certaines même ont plusieurs enfants depuis leur pneumothorax.

M. Weil, assistant de M. Etienne Bernard, examinant systématiquement les femmes enceintes à la Maternité

de Tenon et de Saint-Louis, n'a pas eu encore parmi les tuberculeuses un cas de mort à signaler.

Un cas plus frappant encore est celui-ci, suivi dans le service de M. Etienne Bernard.

Une femme chez laquelle on avait créé un pneumothorax artificiel qui ne fut entretenu que huit jours pour des raisons que nous ne connaissons pas, devint enceinte; il fut impossible chez elle de reprendre le pneumothorax. Elle fut simplement soumise à la cure de repos, à la cure hygiéno-dictétique. La grossesse se poursuivit normalement ainsi que l'accouchement et le post-partum.

*
**

Quelle sera la conduite à tenir chez ces tuberculeuses enceintes?

D'abord et avant tout on doit interdire la grossesse chez toute femme porteuse de lésions évolutives ou dont les lésions ne sont pas cicatrisées depuis suffisamment longtemps. Et ceci autant dans l'intérêt de la mère que de celui d'un enfant qui naîtrait dans un état excessivement déficient.

Mais dans tous les cas où la grossesse existe, quelle que soit la forme de tuberculose :

- récalcification intense
- veiller à l'état général,
- cure hygiéno-diététique,
- avec cure de repos en sana si possible.

A ce quatre éléments de traitement vont s'en ajouter d'autres selon les formes.

Dans la *forme aiguë*, on fera toutes les tentatives médicales, mais on aura peu à attendre d'un avortement thérapeutique.

Dans les *formes subaiguës*, on se dépêchera à *insti-tuer un pneumothorax* si le caractère des lésions le

demande; on n'hésitera pas si le besoin s'en fait sentir à *pratiquer une phrénisectomie, une thoracoplastie*; et c'est pour ces malades que la *cure en sana est excellente* et qu'elle pourra donner *les meilleurs résultats*.

Les *grosses cavernes* jouiront des mêmes thérapeutiques, mais avec des résultats variables.

Les *grosses scléroses* pleuro-pulmonaires ne seront guère modifiées par le traitement, pas même par l'avortement thérapeutique.

Les *formes anciennes cicatrisées* relèveront d'un traitement récalcifiant pendant la grossesse.

Au sujet de la création du pneumothorax, Rist a donné les résultats suivants :

Sur 132 femmes :

Chez 58 le pneumo a été créé avant la grossesse : Bons résultats.

Chez 74, le pneumo a été créé pendant la grossesse : Les résultats sont *moins bons, mais d'autant meilleurs que le pneumo a été institué plus tôt*.

D'autre part, Sergent insiste pour *réinsuffler la malade assez abondamment après l'accouchement*, pour éviter la décompression due à l'évacuation utérine. L'accouchement se fera toujours au forceps; on empêchera ainsi la femme de pousser, ce qui pourrait produire une perforation ou un pneumothorax spontané.

Enfin un mot de *l'avortement thérapeutique*.

Il est indiscutable qu'un certain nombre de femmes ont eu la vie sauve par l'arrêt de la gestation (Bar, Sergent, Kuss), mais la plupart du temps on n'obtient pas le résultat escompté, l'avortement n'est qu'un pis aller quand toutes les autres thérapeutiques ont échoué. L'importance de cette intervention nécessite beaucoup de garanties :

- Certitude du diagnostic;
- Certitude de l'aggravation;
- Précocité de l'intervention : avant trois mois.

On ne la pratiquera pas : après 3 mois :
en cas de lésions trop avancées ;
dans les formes aiguës ;
dans les cas où la malade ne la supporterait
pas.

Enfin on devra préparer la mère et l'entourage à la naissance de l'enfant, car, là comme au cours de la maladie, la sagesse des malades est un précieux adjuvant du traitement. On devra préparer à la séparation de la mère et de l'enfant, montrer combien ce nouveau-né est fragile, combien et pendant longtemps il devra être l'objet de soins attentifs, et dans ces cas on n'hésitera pas à vacciner l'enfant au B. C. G.

Bien entendu, de ce fait l'allaitement maternel, source de contamination pour l'enfant et de grande fatigue pour la mère, sera supprimé.

La cure d'air, le repos, le maintien de l'état général, la recalcification seront encore maintenus pendant de longs mois.

CONCLUSIONS

Si, à l'heure actuelle, on reste plus optimiste en présence d'une grossesse chez une tuberculeuse, ce n'est pas le fait d'une considération moderne, mais l'inquiétude d'une telle gravité éventuelle a permis d'entourer de soins attentifs toutes les tuberculeuses enceintes que l'on a pu dépister; hormis les formes aiguës que nous avons vues, on peut considérer que toute gestante peut mener à bien sa grossesse sans que l'on ait trop à craindre sur son avenir.

Nous terminerons par cette phrase quasi paradoxale :

C'est une crainte constante des pires gravités qui peut faire espérer les meilleurs résultats.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
TROISIÈRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.



